



PRISE EN CHARGE DES HÉPATITES C DES UDS PAR LES PÔLES DE RÉFÉRENCE FRANÇAIS

**Impact et limites des pressions
environnementales sur le système de soins**

Philippe Chossegros (Lyon)

LES HÉPATITES DES USAGERS DE DROGUES APPARTIENNENT À UNE ÉPIDÉMIE

- Il existe des réservoirs de virus dont la nature et la taille ne sont pas connus, source des nouvelles contaminations
- L'ensemble des dispositifs de réduction des risques ne sont pas arrivés à éradiquer l'épidémie d'hépatites C chez les UD
- Les traitements pourraient en conjonction avec la prévention permettre cette éradication



PRISE EN CHARGE DES HÉPATITES DES UDs

- En France les « pôles de référence » sont chargés de coordonner la prise en charge des hépatites
- Leur création puis les plans hépatites leur ont fourni des moyens
- Ils prennent en charge les 2/3 des hépatites
- La prescription des traitements est initiée par des hépatologues



ENQUÊTE

- Demande faite au 31 pôles de métropole de « raconter » la façon dont ils prennent en charge les hépatites des UDs
- Narration se situe dans le contexte d'une expérience qui évolue et permet de faire ressortir ce qui est important, ce qui donne du sens et de souligner succès et échecs et de faire ressortir ce qui n'est pas envisagé.
- Enquête: chef de service, hépatologue, infirmière



FORTE HÉTÉROGÉNÉITÉ DES ÉQUIPES

AUCUN RAPPORT ENTRE LES MOYENS ET LA RÉALITÉ DE L'ÉPIDÉMIE

- 65 % un PH responsable (CS : 38 % <0)
- Nb hépatologues: 4 (2-11,5)
- Un référent toxico: 60 %, plein temps hépato 58,1 %, intérêt 43 %, MG 2 cas.
- Recrutement:
 - UDs: CSAPA 77 %
 - Non Uds: GP 70 %
- Partenariat:
 - CSAPA: 85 %, réseau MG 26 %
 - Structuré: 61 %
 - Consultations avancées dans CSAPA: 39 %

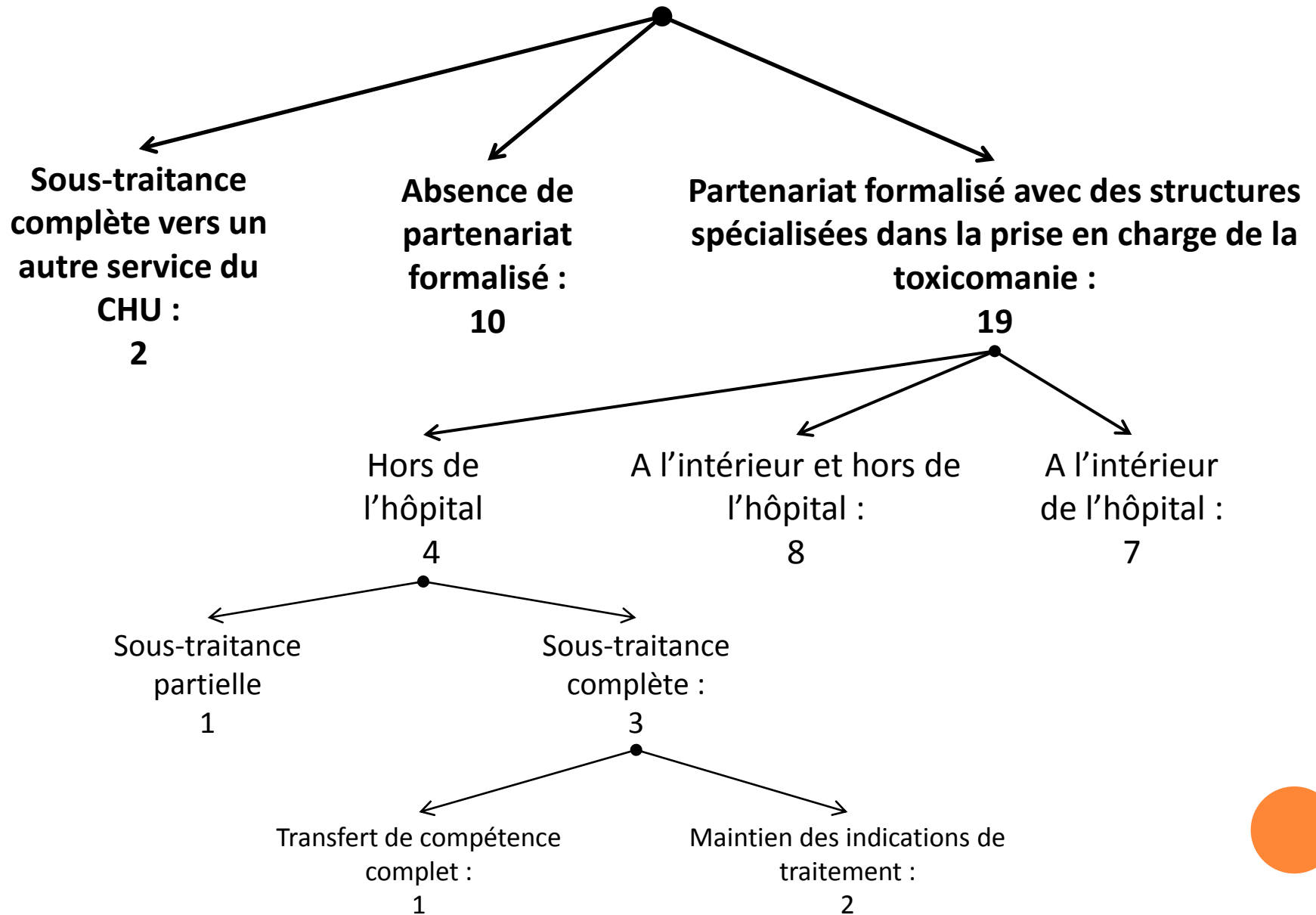


PRISE EN CHARGE:

- Pas de mesure des activités
- Csts hépatites/semaines par PH:
 - Total: 17,2 (5-65)
 - % Dus: 25,6 (0,5-50)
- Délais des rdv = autres (plus court si demande CSAPA):
 - Premier: 31 j (5-90)
 - Rdv manqué: 30 j (5-90)
 - Suivi: à la carte
 - Tests non invasifs: 100 %
- Services supplémentaires
 - Psychologue 93 %, psychiatre 30 %
 - Education thérapeutique 77 %
- Suivi:
 - Pôle: 77 %
 - CSAPA 23 %



31 pôles



HÉTÉROGÉNÉITÉ EXPLIQUÉE PAR:

- L'histoire des incitations:
 - SIDA et hépatite
 - Pôles
 - Plans
- La reconnaissance de l'intérêt de conjuguer prise en charge de la toxicomanie et des hépatites
 - Intégrer CSAPA et réseau toxicomanie dans le pôle
 - Sous-traitance complète
 - Avis
 - MG dans pôle



VÉCU DES ÉQUIPES

- Histoire souvent très pauvre
- Pas de problème spontanément
- Besoins spécifiques:
 - Aucun 44,7 %
 - Plus de temps médical: 21,6 %
 - Collaboration avec les CSAPAs: 29,7 %
- Problèmes rencontrés:
 - Médecins : aucun 65,7 %, absentéisme 30 %
 - Infirmières: aucun 51,7 %, absentéisme 31,8 %, accès au sang 72,6 % (artériel 66,7 %, jugulaire 9,5 %)



CONSÉQUENCES

- Impact sur la qualité des soins:
 - Amélioration de l'efficacité 66,6 %
 - Augmentation de la charge de travail: 41,7 %
 - Rien: 22,2 %
- Besoins:
 - Exprimés : 58 %
 - Hépatologues: 45 %
 - Psychiatres : 53,1 %
 - Psychologues: 37,5 %



FORMATION

- Formation des équipes des pôles: lecture et congrès hépato (61 %), Diplôme tox chez plus jeunes pas d'intérêt connaissance des drogues et de leurs usages
- Formation extérieure:
 - Formation continue 42 %, téléphone 58 %
 - CSAPA de proximité pas CAARUD
 - Variété des interventions
- Pas de prise de conscience d'un savoir faire à transmettre
- Aucune réflexion portant sur la rédaction de messages en direction des UD



LA POLITIQUE DE SANTÉ DE LA PRISE EN CHARGE DES HÉPATITES: SUCCÈS OU ÉCHEC?

- Les hépatologues traitent des hépatites donc les toxicomanes qui en ont
- Les prises en charge ont fait tomber les idées préconçues
- Innovations variées avec un seul objectif « traiter plus c'est mieux »
- La question de leur place dans un projet réaliste d'éradication des hépatites C est « hors-sujet »



LES SYSTÈMES DE SANTÉ SONT DES SYSTÈMES SOCIAUX (NIKLAS LUHMANN)

- Les systèmes sociaux se sont créés pour répondre rationnellement aux problèmes posés par la complexification de la société
- Ils se (per)différencient à partir d'une sélection de leur champ de compétence définie par un code binaire qui leur donne un sens à partir duquel ils communiquent
- Le système de santé moderne s'est organisé autour d'un code santé/maladie
- Cette situation est évidente quand on aborde la question de la toxicomanie et de ses comorbidités:
 - Pour un « addictologue », le sens des addictions vient de sa relation à une maladie , la dépendance, qui doit être traitée.
 - Un hépatologue, s'adresse aux maladies du foie qu'il traite
 - Pour chacun travail, logement ne sont pas des préoccupations pertinentes
- Ils répondent à des « irritations » extérieures conditionnées par leurs couplages structurels. Ils se battent pour survivre tout en restant les mêmes (autopoïèse)

Pourquoi la compréhension de l'épidémie d'hépatite C reste-t-elle hors sujet ?

- Des systèmes sociaux opaques les uns pour les autres avec des objectifs qui ne sont pas concernés par cette compréhension
- Santé Publiques
 - OFDT: drogues
 - Veille sanitaire: comorbidités virales
 - INPES: prévention
- Soins
 - Addiction (prévention, traitement des infections virales)
 - Réduction des risques (traitement des addictions)
 - Comorbidités (prévention, traitement des addictions)
- Services sociaux: travail, logement
- Police: répression trafic et usage
- Administration : coût
- Elus et politiques: identification projective avec majorité
- Usagers



Background

- Symbolic knowledge systems, rather than biomedical risk calculus, and especially narratives of hygiene and trust, played a primary role in shaping interpretations of HCV risk. Critical factors in the risk environment included policing, homelessness and gendered risk *Addiction* 2008; 103: 1591-1603
- People are more sensitive to neighbor opinion than to discourse of experts *Science* 2009; 323: 1617 – 1619
- Favour interventions embedded within existing spatial and social relations. These include low-cost pragmatic interventions enhancing facilities and safety at public and semipublic injecting sites and, primarily, peer-based interventions, including peer-supervised injecting sites *Addiction*. 2004; 99: 621-33



USAGERS: ABSENTS

- L'« usager de drogues » n'existe pas (complexité)
- Il évolue au sein de réseaux sociaux qui ont leurs propres espaces culturels
- Le succès de la substitution pour l'héroïne a fait oublier qu'auparavant les usagers ne se rendaient pas dans les centres de soins. Les scènes changent (héroïne – cocaïne)
- L'impératif moral Kantien (tu dois donc tu peux) qui dirige chaque type de service ignore la réalité du vécu complexe des usagers
- Les messages, les propositions, les services doivent s'adapter à cette réalité (dont les épidémies virales) qui doit être étudiée
- Le soin est plus le résultat d'une confiance gagnée que d'une explication comprise



La fin de l'épidémie C pourrait être possible

- Toxicomanie : complexité confrontée à la simplification obligatoire des organisations qui en traitent les différents aspects
- Nécessité de dépasser les compétences individuelles pour construire des capacités collectives capables de résoudre des problèmes locaux
- Ces coopérations doivent s'organiser à partir d'une connaissance de l'épidémie



DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ACTION SOCIALE CONSEIL SUPÉRIEUR DU TRAVAIL SOCIAL: DÉCLOISONNEMENT ET ARTICULATION DU SANITAIRE ET DU SOCIAL RAPPORT AU MINISTRE CHARGÉ DES AFFAIRES SOCIALES 2007

- Dans ses travaux, le groupe n'a pas réussi à associer ses différentes composantes, notamment les grandes organisations et les directions ministérielles représentées, dans des échanges qui auraient alimenté plus fortement ses analyses et débats.
- Malgré notre questionnement, les échanges avec la DGS n'ont pas contribué utilement aux travaux du groupe. C'était à se demander si la volonté de décroisonnement était un objectif réellement poursuivi et si l'articulation sanitaire/social n'était qu'un idéal.
- En fait, le groupe a mis en exergue des cloisonnements qu'il faut se garder de condamner ou de défendre d'emblée, parce qu'ils sont de nature différente : certains s'imposent comme des cadres de l'organisation de notre société ; d'autres sont nécessaires pour délimiter des champs d'action ou pour constituer des références utiles ; d'autres enfin sont préjudiciables aux finalités de l'action sociale et de l'action sanitaire, ou aux usagers concernés dans leur singularité. Il est alors apparu que le cloisonnement est principalement le fait des institutions et que les acteurs de terrain s'en accommodent plus ou moins.



LES PARADOXES DE LA PRÉVENTION ET DES TRAITEMENTS ET ÉPIDÉMIE:

DES QUESTIONS DE CROYANCE PLUS QUE DE CONNAISSANCE

- Le paradoxe des hépatites C des usagers de drogues:
 - Un problème marginal à un moment donné pour la majorité des usagers de drogues pris individuellement
 - Un problème sociétal de Santé Publique
 - Le dilemme moral Kantien du mal radical (mon désir face au bien universel) : Je me protège (me traite) pour empêcher la contamination des autres (prochains). Question de la liberté
- Le paradoxe de la communication
 - La nécessité de construire des « concepts hégémoniques » auxquels chacun adhère parce qu'il y croit (qui résiste à l'épreuve de son application)
 - Tout système est opaque pour les autres, comme tout individu est une boîte noire pour un autre. Le même événement se verra donner un passé et une projection dans des avenir différents

